

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

N°

49

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Paul POINTUD

Né le 13 Juin 1906, à MONTLUÇON (Allier)

Contribution à l'Etude Clinique
de la Tuberculose Rénale
au cours de la Gestation

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Paul POINTUD

Né le 13 Juin 1906, à MONTLUÇON (Allier)

Contribution à l'Etude Clinique
de la Tuberculose Rénale
au cours de la Gestation

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1934

Doyen

G. ROUSSY.

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL- LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maur. VILLARET.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	Marcel LABBE.
Clinique des maladies des enfants.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses.....	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	LENORMANT.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Professeurs sans chaire.....	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	Neurologie et Psychiâtrie.	FEY	Urologie.
BÉNARD Henri.	Pathologie médicale.	GALLIARD	Parasitologie.
BERNARD Et...	Pathologie médicale.	GASTINEL	Bactériologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
BROCC	Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART	
BULLIARD	Histologie.	D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.	GAYET	Physiologie.
CHABROL	Pathologie médicale.	GIROUD	Histologie.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.	HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
DONZELOT	Pathologie médicale.	HAZARD	Pharmacologie.



MM.

HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri...	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL ..	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J.)..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET .	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT.	
DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
SEZARY	Dermatologie et syphillographie.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur)....	Pathologie médicale.
VELTER	Ophtalmologie.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT.....	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE....	Parasitologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI	{	Clinique médicale.
CHIRAY		
DUVOIR		
BASSET		
HEITZ-BOYER .	{	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT		
SCHWARTZ		

MM.

GUENIOT	{	Clinique obstétricale.
LE LORIER.....		
LEVY-SOLAL ...		
METZGER		

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES GRANDS-PARENTS (*in memoriam*)

A MA MÈRE, A MON PÈRE

En témoignage de mon affection et
de ma profonde reconnaissance.

MEIS ET AMICIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT

Qui a guidé nos premiers pas en médecine. Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN RAVINA

Accoucheur des Hôpitaux

Qui a bien voulu m'inspirer le sujet de cette thèse et me guider de son expérience. Témoignage de ma respectueuse reconnaissance.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage :

MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT
MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMAN
MONSIEUR LE DOCTEUR RIBIERRE (*in memoriam*)

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. DUVAL
MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT
MONSIEUR LE DOCTEUR LE NOIR
MONSIEUR LE DOCTEUR P.-E. WEIL
MONSIEUR LE DOCTEUR CHIRIÉ

Externat en premier :

MONSIEUR LE DOCTEUR RICHARD

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE DE LA TUBERCULOSE RÉNALE AU COURS DE LA GESTATION

Introduction

Les traités classiques sont très brefs sur la question de la tuberculose rénale chez la femme enceinte ; cette brièveté s'expliquant d'ailleurs en partie par la rareté des faits observés.

Les différents auteurs sont d'accord pour :

1° considérer que la gestation aggrave l'évolution de la tuberculose rénale, particulièrement dans les derniers mois.

2° penser que le tableau clinique est souvent marqué par la fréquence et l'importance des hématuries.

Bien que la coexistence soit relativement rare, les cas récents que nous avons eu l'occasion d'observer ou de réunir nous ont permis de penser que la tuberculose rénale chez la femme enceinte était peut-être plus fréquente qu'on ne le disait.

Il nous a semblé que l'existence de tout trouble urinaire au cours de la gestation était trop facilement et sans preuve rattaché à la pyélonéphrite colibacillaire, cela parfois sans examen bactériologique complet et même sans aucun examen bactériologique. Pour fréquents que soient ces cas de pyélonéphrites gravidiques il ne faut pas oublier que la femme enceinte peut présenter bien d'autres lésions urinaires où la gestation ne joue qu'un rôle accessoire et qu'il est nécessaire souvent d'utiliser tous les moyens d'exploration

pour arriver à un diagnostic anatomique et étiologique exact. Enfin il nous a paru que le tableau clinique de la tuberculose rénale chez la femme enceinte était loin d'être aussi net qu'il est dit classiquement, la preuve en est de la fréquence des erreurs de diagnostic, tout au moins pendant une longue période de la maladie, dans le nombre de cas dépistés seulement après l'accouchement. Comme en dehors de la gestation, la tuberculose rénale évolue souvent insidieusement, même l'hématurie que l'on déclarait fréquente paraît exceptionnelle.

Nous nous sommes attaché à préciser, en dehors de l'examen bactériologique les symptômes qui au cours de la gestation, permettent de faire suspecter une tuberculose rénale et les renseignements que l'on peut, en ces cas, tirer des moyens ordinaires d'exploration (cystoscopie, radio-pyélographie), particulièrement pour la détermination du côté atteint.

Généralités

FRÉQUENCE. — Les statistiques hospitalières sont en faveur de l'extrême rareté de la coexistence de la tuberculose rénale et gestation.

PUGH (New-York), relevant les archives d'un important service de maternité de New-York, n'en signale aucun cas sur 6.000.

E. STEVENS, à la clinique Standford, en rapporte 1 cas sur 3.103.

Les statistiques de la maternité de Boucicaut, de 1924 à 1929, restent muettes à ce sujet ; à Beaudelocque, de 1922 à 1929, aucun cas n'est également relevé ; toutefois, en 1931, dans cette première maternité, une observation est publiée par M. LACOMME (Obs. N° 6).

En somme, pourcentage très faible confirmant la classique rareté relative de cette coexistence. Pourtant quelques auteurs se sont demandés si ces données correspondaient bien à la fréquence réelle des cas ; ils ont fait ressortir que d'une part la tuberculose rénale n'était pas une cause de stérilité ; que, d'autre part, surtout dans nombre de cas, les troubles urinaires de la grossesse étant rattachés à une pyélonéphrite banale, le diagnostic ne se précisait qu'après l'accouchement, il ne sera alors pas ou insuffisamment tenu compte du rôle qu'a pu jouer la gestation, cette tuberculose rénale, considérée dans le cadre habituel, échappera à une statistique précise.

Parmi les travaux d'ensemble sur la question, le plus grand nombre d'observations a été recueilli par G. DUBOIS dans sa *Thèse* (Paris, 1926) qui, parcourant

la littérature française et étrangère, groupe quarante observations, dont certaines, il est vrai, très incomplètes.

WILLEMIN (*Thèse*, Nancy, 1927), apporte deux observations nouvelles.

Dans ces dernières années, nous avons pu réunir vingt-deux observations françaises et étrangères.

Age. — N'a que peu d'intérêt ; il semble, d'après la moyenne des observations recueillies, que la fréquence maxima oscille entre 28 et 30 ans.

Parité. — Dans l'ensemble, nettement plus fréquente chez la multipare. Dans les statistiques de G. DUBOIS les deux tiers, de WILLEMIN les trois quarts des cas se rencontrent chez des multipares ; il en est de même dans les cas que nous avons groupés :

Primipare	6
Multipare	10
Non indiqué.....	6

Dans certains cas même, c'est au cours de grossesses successives la répétition d'accidents s'estompant ou disparaissant dans l'intervalle. Certaines observations semblent montrer que la tuberculose a pu survenir sur un rein touché antérieurement par le colibacille.

CÔTÉ ATTEINT. — W. PUGH reconnaît la plus grande fréquence de l'atteinte du côté droit, le plus souvent touché classiquement en dehors de la grossesse. G. DUBOIS relève une fréquence égale des deux côtés. Dans nos observations :

Droit	9
Gauche	13
Bilatéralité	1
Sur rein restant.....	1

Les deux côtés semblent donc atteints avec la même fréquence. Un point cependant paraît intéressant, du fait de la fréquence à droite de la pyélonéphrite gravidique banale à colibacille, tout trouble persistant au niveau de l'appareil urinaire gauche doit mettre plus rapidement l'esprit en éveil sur une lésion anatomique du rein ou de l'uretère qu'il importe de rechercher.

DATE ET MODE DE DÉBUT. — 1° La date du début.

Elle reste souvent difficile à apprécier par rapport à la gestation, car des symptômes antérieurs frustes ont pu passer inaperçus et ne s'extériorisent qu'au cours de la grossesse, parfois même après l'accouchement. On retrouve dans certains cas des troubles urinaires à l'occasion de gestations antérieures et dont il est difficile de préjuger de la nature véritable.

Dans l'ensemble, toutefois, trois groupes de faits peuvent être envisagés :

- a) il existe des troubles antérieurs à la gestation ;
- b) la tuberculose rénale débute cliniquement pendant la gestation ;
- c) le début clinique se manifeste seulement dans le post partum.

Tableau I. — Cas à début clinique antérieur à la grossesse.

N ^{os}	Auteurs	Date de début	Date du diagnostic
1	J. Ravina	10 mois	pendant la gestation
5	Brindeau	2 mois	— —
10	W. Pugh	3 mois	— —
13	H. Marx	7 mois	antérieur à la gestation
14	—	1 an 1/2	— —
16	—	5-6 mois	pendant la gestation
18	—	3 ans	— —
19	—	non précisé	— —
20	—	3 mois	dans le post-partum
21	—	8 ans	pendant la gestation

En somme, dans 10 cas sur 24, le début est antérieur à la grossesse ; de ces observations se rapprochent les deux cas du Docteur CARAVEN, d'Amiens, rapportés par G. DUBOIS, ayant débuté 1 mois avant la grossesse, également les deux cas du Professeur ANDRÉ et FRUHNHOLZ (rapportés par WILLEMIN) où les troubles urinaires étaient préexistants.

Ces troubles sont apparus en général, dans les quelques mois précédant immédiatement la grossesse ; il est rare, en effet, d'observer des cas tels que ceux rap-

portés par H. MARX où les troubles évoluaient depuis 3 et 8 ans. Ces signes du début sont minimes, n'inquiétant pas la malade qui, le plus souvent, n'a été vue que dans les premiers mois de la grossesse, soit pour l'exagération des symptômes, soit pour le fait même de sa grossesse, et c'est ainsi que bien souvent c'est l'accoucheur qui verra le premier ces malades et pensera à la possibilité d'une lésion rénale.

Tableau II. — Début clinique au cours de la gestation.

N ^{os}	Auteurs	Date du début
3	J. Ravina	4 ^e mois
4	Dupont et Mistrachi	2 ^e mois
10	W. Pugh	3 ^e mois
11	λ —	3 ^e mois
6	Lacomme	6 ^e mois
17	H. Marx	non précisé

Dans 6 de nos observations, le début clinique paraît bien survenir au cours de la grossesse et en particulier dans les mois de début de celle-ci, nul symptôme rénal antérieur n'étant mentionné.

Il peut s'agir dans ces cas, soit de formes débutant réellement pendant la grossesse (formes d'évolution rapide, aggravées par la gestation, aboutissant le plus souvent à une nécrose rapide et massive du parenchyme rénal), soit, et ce cas semble plus fréquent, de formes de tuberculoses latentes à début anatomique antérieur à la gestation et seulement extériorisées cliniquement par elle.

Dans les deux observations suivantes, c'est au cours de gestations antérieures qu'apparaissent quelques symptômes.

OBSERVATION N^o 2. — Début clinique au 6^e mois d'une 4^e gestation, mais on retrouve des troubles urinaires (pollakiurie, urines troubles) au cours d'une grossesse antérieure un an auparavant. A ce moment fut fait le diagnostic de pyélonéphrite à colibacille (non appuyé, d'ailleurs, sur un examen bactériologique).

OBSERVATION N° 7. — Début clinique au 4° mois d'une 7° grossesse. On relève une hématurie franche au cours de la 4° et des troubles urinaires à chaque grossesse ultérieure.

Tableau III. — Début clinique dans le post partum.

N ^{os}	Auteurs	Date du début
12	Papin	5 ^e jour
15	H. Marx	8 ^e jour
22	—	2 mois 1/2

G. DUBOIS a insisté dans sa thèse sur la fréquence des cas se révélant immédiatement ou dans les mois qui suivent l'accouchement et en rapporte de nombreuses observations.

Laissant volontairement à part les tuberculoses rénales apparues tardivement, nous envisagerons l'aspect souvent très particulier de ces tuberculoses rénales à début brusque, éclatant dans les jours qui suivent l'accouchement, évoluant au milieu de signes infectieux marqués à d'atteinte rapide de l'état général.

Ces faits peuvent-ils permettre quelques conclusions? Il est difficile sur un petit nombre d'observations d'établir des données précises. Cependant il nous a paru intéressant de relever :

- la fréquence des symptômes urinaires,
 - soit précédant la grossesse,
 - soit se retrouvant lors de grossesse antérieure;
- la fréquence du diagnostic posé à l'occasion de la grossesse,
 - pouvant s'expliquer par la poussée évolutive donnée à des lésions jusqu'alors latentes ou peu actives ; ce réveil est favorisé par des causes mécaniques, par l'anergie gravidique, par l'infection secondaire.

Cependant il est difficile d'affirmer que les signes urinaires étaient toujours en rapport avec une lésion tuberculeuse rénale. En effet, dans plusieurs cas, ces troubles étaient dus à une affection à colibacille con-

trôlée bactériologiquement, et si un certain nombre de ces cas répondent à des tuberculoses rénales surinfectées secondairement, d'autres peuvent être le fait de pyélonéphrites à colibacille, sur lesquelles est venue se greffer secondairement une tuberculose rénale.

MODES DE DÉBUT. — Si l'on retrouve au cours de la grossesse, toute la symptomatologie propre à la tuberculose rénale, dans sa forme habituelle chez la femme non enceinte, les modes de début et surtout l'allure évolutive de l'affection sont souvent nettement modifiés. C'est ainsi qu'à côté du début classique lent, insidieux, marqué par des troubles urinaires progressifs, on peut voir ce début presque brutal au milieu d'incidents infectieux d'emblée ou rapidement inquiétants, qui surviennent parfois au cours du post partum.

En général, les formes débutant et évoluant dans les premiers mois de la grossesse ne s'écartent pas, au début, de l'allure habituelle classique, mais il semble que les formes évoluant dans les derniers mois peuvent rapidement prendre une allure aiguë à type de pyélonéphrite grave, de pyonéphrose.

Toutefois, hâtons-nous de dire qu'il est loin d'en être toujours ainsi. Nous reviendrons plus loin sur les modalités cliniques et évolutives qui peuvent être apportées par la grossesse, nous réservant pour l'instant d'étudier rapidement les principaux symptômes et les quelques particularités qui s'y rattachent.

Symptômes et évolution

Les troubles fonctionnels vésicaux et l'apparition d'urines troubles sont en règle générale (et cela largement dans la proportion de plus de 80 % des cas donnés par MARION) les premiers signes en date.

La pollakiurie est fréquente, et ce n'est pas seule-

ment la pollakiurie diurne, banale chez la femme enceinte, surtout au début, est due à la compression vésicale, mais une pollakiurie également nocturne et en général douloureuse, allant de simples douleurs à la fin de la miction à une cystalgie tenace et rebelle, la fréquence des mictions peut être parfois considérable ; une malade de MARX (Obs. 17), présentait jusqu'à trente mictions pendant la nuit.

Les urines ont leurs caractères habituels dans la tuberculose rénale, augmentées dans leur quantité et troublées, ce trouble allant du simple dépoli au trouble persistant avec dépôt purulent.

Les douleurs lombaires peuvent attirer dans quelques cas l'attention (Obs. N^{os} 6 et 8).

PUGH rapporte un cas d'ISRAEL où les douleurs affectaient le type de coliques néphrétiques, qui ne cédèrent qu'à l'interruption de la grossesse. Chez la malade de DE BEAUFOND, on retrouve, au cours de plusieurs gestations successives, des douleurs lombaires assez violentes.

HÉMATURIES. — Dans les traités classiques, elles sont considérées comme relativement fréquentes au cours de la tuberculose rénale associée à la grossesse.

DEMELIN-DEVRAIGNE, dans leur traité..., PUGH, dans un article des *Annales de Chirurgie*, signalent leur fréquence.

Il semble toutefois que cette hématurie et surtout l'hématurie du début (sans vouloir en nier la haute valeur diagnostique lorsqu'elle existe), reste rare et que sa fréquence ne soit pas sensiblement accrue du fait de la grossesse concomitante.

Dans deux observations sur 24, nous la voyons seulement signalée. Dans un cas de MARX, parmi les observations recueillies à la clinique des Professeurs SUTER et PABHARD, de Bâle, où des hémorragies rénales marquent, deux mois et demi après l'accouchement, le début d'une tuberculose rénale. Dans une observation de DE BEAUFOND, une hématurie survient au

cours d'une 4^e gestation se répétant à la 7^e. Cette dernière observation est à rapprocher d'un cas analogue du Professeur ANDRÉ où l'on signale une hématurie neuf ans avant l'apparition d'une tuberculose rénale au cours d'une grossesse.

SIGNES GÉNÉRAUX. — Ils sont essentiellement variables suivant les cas observés. En dehors de la grossesse, les tuberculeux rénaux évoluent souvent sans fièvre (60 % dans la thèse de RAFIN), les légères élévations de température étant souvent dues à des lésions vésicales importantes (PAPIN), les évolutions de température plus importantes restent le fait de poussées de rétention pyéliquies d'infections surajoutées. La grossesse jouant un rôle favorisant vis-à-vis de cette infection, les formes fébriles de tuberculose rénale y seraient plus fréquentes. Il est inutile d'insister sur l'énorme intérêt des signes d'atteinte générale sur la fièvre, l'asthénie, l'amaigrissement en vue de la détermination thérapeutique. Dans certains cas, forçant la main par leur intensité à une intervention immédiate, ils permettent, dans d'autres cas, une large expectative et la terminaison heureuse d'une grossesse.

Evolution

Tuberculose rénale et grossesse évoluant parallèlement, exercent classiquement l'une sur l'autre une action néfaste. Toutefois, l'influence de la grossesse sur la lésion rénale paraît de beaucoup la plus constante et la plus marquée.

Tous les auteurs s'accordent pour reconnaître l'aggravation très fréquente (sinon, pour certains, constante) qu'elle lui apporte.

WERLOFF insiste, dans un Mémoire de la *Klin. des Tuberculose*, sur cet effet aggravant, allant jusqu'à prétendre que la grossesse suffirait à faire éclore des tuberculoses rénales latentes qui, sans cela ne se se-

raient jamais manifestées (³). Pour cet auteur également, et cela paraît vérifié par le résultat de maintes néphrectomies précoces, elle favorise une destruction rapide du tissu rénal et une extension du processus infectieux.

G. DUBOIS reconnaît que les cas recueillis par lui sont assez nombreux pour lui permettre d'affirmer l'aggravation dans la majorité des cas.

PAPIN, PUGH, ANDRÉ et FRUHINSHOLZ concluent dans le même sens.

Ce coup de fouet donné à la tuberculose rénale ne paraît guère contestable, sa fréquence dans le relevé des statistiques publiées porte sur les trois quarts des cas ; souvent très net, il peut survenir à des périodes différentes de la gestation.

Les aggravations du début sont fréquentes, et c'est le plus souvent vers le 3^e ou 4^e mois de la grossesse que survient l'exagération des troubles urinaires ressentis depuis quelque temps déjà ; le diagnostic peut être posé dès cette période, entraînant une néphrectomie précoce.

Il est rare, en effet, que dès cette période de début, les tableaux cliniques soient rapidement inquiétants. Toutefois, c'est là une éventualité possible, telle qu'en fait foi la malade de BRINDEAU (obs. 5) chez qui, dès le 4^e mois, la gravité de l'état général était alarmante. Dans ce groupe des aggravations initio-gravidiques, se rangent sept de nos observations que nous résumons rapidement dans le tableau ci-dessous, au point de vue de la date et du mode de début.

N ^o	Auteurs	Date de l'aggravation	Sympômes principaux
5	Brindeau	4 ^e mois	douleurs, fièvre, altération de l'E. G.
10	Pugh	dès le début	troubles urinaires
4	Dupont-Misrachi	5 ^e mois	douleurs et tumeurs lombaires, fièvre
13	H. Marx	dès le début	troubles urinaires
18	—	3 ^e mois	troubles urinaires
19	—	4 ^e mois	troubles urinaires, fièvre
21	—	2 ^e mois	troubles vésicaux

Il est assez difficile de prévoir la marche ultérieure de l'affection, la plupart des malades suivis au début ayant été néphrectomisés d'emblée. Cependant, dans les quelques cas où l'intervention est refusée ou différée, deux éventualités sont possibles.

Chez certains, une évolution rapidement inquiétante amenant une interruption de grossesse et une néphrectomie. (H. MARX.)

Chez d'autres, l'aggravation du début paraît s'être stabilisée, le milieu de la grossesse est bien supporté sans que l'état général soit inquiétant, mais il n'est pas rare alors d'assister à une nouvelle poussée précédant ou succédant immédiatement à l'accouchement ; le Professeur CARAVEN, d'Amiens, et son élève, G. DUBOIS ont signalé cette période de latence du milieu de la gestation entre des poussées initio et terminogravidiqes. Elle n'est cependant pas toujours la règle (obs. 25, 4, 6).

Beaucoup plus exceptionnellement, l'aggravation du début n'a été que passagère, la gestation et les suites de couches se passant ultérieurement sans incidents (obs. 7, 8).

Les poussées évolutives du début de la gestation sont, nous l'avons vu, souvent peu graves et justiciables d'une néphrectomie facile à cette période ; les poussées évolutives des derniers sont, par contre, souvent plus aiguës, plus violentes et suscitent, étant donné l'âge avancé de la grossesse, des problèmes thérapeutiques plus délicats. Nous en trouvons des exemples dans les observations n^{os} 2 et 3. Dans une observation rapportée par WILLEMIN, la poussée évolutive au 6^e mois amène, par son intensité, l'obligation d'interrompre la grossesse.

La menace d'un danger vital immédiat reste cependant assez rare et très souvent il a été possible d'attendre sans grand risque, soit la viabilité de l'enfant pour un accouchement prématuré provoqué, soit le terme

naturel de la grossesse. Il n'en reste pas moins vrai que, d'une part, les pièces opératoires des néphrectomies faites, dans ces cas, peu après l'accouchement, montrent souvent des lésions très étendues, de grosses destructions de tissu rénal avec de volumineuses poches pyonéphrétiques, que, d'autre part enfin, l'accouchement peut être suivi de complications. Ces complications, survenant dans le post partum, consistent soit en une poussée évolutive brusque déclenchée par la fatigue et le choc de l'accouchement, soit en accidents infectieux, montée thermique, amaigrissement, asthénie, surinfection, avec parfois anatomiquement formation de pyonéphroses, enfin plus rarement une dissémination tuberculeuse : c'est le cas d'une malade de MARX où l'accouchement fut suivi d'une poussée granulique.

Parfois, absolument latente au cours de la gestation, la lésion rénale n'a pu être décelée qu'à l'occasion de ces accidents du post partum (obs. 12).

L'influence de la tuberculose rénale sur la grossesse paraît être moins défavorable et G. DUBOIS et WILLEMİN rapportent plusieurs observations où la présence de la lésion rénale ne fut en aucune façon préjudiciable à la marche normale de cette dernière.

Cependant l'avortement reste possible. SPIRE et BOECKEL l'ont vu se produire à 2 mois et pensent que la gestation peut être troublée par mise en jeu précoce de la contractilité utérine.

PUGH signale également deux avortements sur quatre cas non opérés.

Ces faits cependant restent relativement peu fréquents.

Dans les huit observations suivantes où nulle intervention ne fut pratiquée, la grossesse fut, chez six de ces malades, menée à terme (obs. 7, 8, 6, 14, 16, 20).

Quant aux deux autres malades, celle de M.-J. RAVINA a accouché prématurément au terme de 7 mois

et demi ; toutefois, déjà à une grossesse antérieure, et alors que la tuberculose n'était pas, à cette époque, en jeu, elle fit un accouchement prématuré à 7 mois et demi. Quant à l'autre cas (obs. 14), les accidents qui survinrent au terme de la grossesse, rupture de la poche des eaux, infection amniotique, mort du fœtus, ne semblent pas spécialement en rapport avec l'affection rénale.

Après avoir jusqu'ici montré sous un aspect plutôt sombre la marche de cette affection, il nous faut bien reconnaître que l'aggravation, pour fréquente qu'elle soit, n'est pas constante. Il est des cas qui, en effet, échappent à cette règle et G. DUBOIS fait remarquer « qu'un certain nombre de tuberculeuses rénales, devenues enceintes, ne se sont pas ressenties d'une façon grave de leur grossesse ».

La malade de DE BEAUFOND a parfaitement bien supporté sa grossesse, les suites de couches ont été normales, la néphrectomie fut faite six mois après.

Dans l'observation de VALLOIS, une néphrectomisée devient enceinte, fait au cours de sa grossesse une tuberculose du rein restant et supporte bien grossesse, accouchement et post partum.

Une malade de MARX souffrant de troubles rénaux depuis huit ans, devient en deux grossesses normales remontant à quatre et deux ans.

Signalons enfin le cas rapporté par TÉDENAT, néphrotomie pour gros abcès tuberculeux, guérison, grossesse deux ans après sans accidents. Par SEITZ où une tuberculeuse rénale supporte bien trois grossesses.

Cependant ces formes lentes évoluant favorablement, où l'influence de la grossesse est peu nette ou inexistante, sont rares, elles restent toujours susceptibles d'un réveil brusque à plus ou moins longue échéance, et il convient de s'en tenir, dans la majorité des cas, aux conclusions données par DE BEAUFOND : « La grossesse donne généralement un tel coup de fouet aux

lésions, qu'une seule suffit souvent à amener la destruction massive du rein. »

En conclusion, les observations que nous avons pu rassembler ne font que confirmer les faits précédemment rapportés par quelques auteurs sur la marche de la tuberculose rénale au cours de la grossesse.

Il ne s'agit là d'ailleurs que d'un point particulier de l'influence généralement néfaste d'une grossesse sur tout foyer tuberculeux de l'organisme, tuberculose pulmonaire, par exemple. A cette cause générale, due au terrain, à l'état d'anergie gravidique, se joint toutefois ici des causes locales dont il faut, dans une certaine mesure, tenir compte, causes mécaniques, compressions vésicales par augmentation du volume utérin.

L'état anatomo-physiologique des voies urinaires au cours de la gestation peut jouer un rôle important dans l'état de dilatation vésico-urétérale, vérifié récemment par les examens urétéro-pyélographiques : la congestion rénale favorise l'infection secondaire

Diagnostic

La gestation extériorise le plus souvent une tuberculose rénale jusqu'alors latente, le diagnostic paraît donc en être facilité et souvent susceptible d'être posé de façon précoce. Mais en réalité, il est loin d'en être toujours ainsi et, pour des causes diverses, dont la principale réside dans le manque ou l'insuffisance des moyens d'examens, ce diagnostic n'est, dans nombre de cas, que tardif ou porté même après l'accouchement devant la persistance des troubles urinaires. Nous avons relevé, dans le tableau suivant, la date du diagnostic dans les observations que nous avons groupées.

N ^{os}	Auteurs	Date du diagnostic		
		antérieur à la G.	au cours à la G.	postérieur à la G.
1	J. Ravina		2 mois 1/2	
2	—		8 mois	
3	—			1 mois
7	de Beaufond		6 mois	
4	Dupont et Mistrachi		8 mois 1/2	
9	W. Pugh		4 mois	
10	—		4 mois	
11	—		5 mois	
8	Vallois et Coll de Carrera			2 mois
5	Brindeau		4 mois	
12	Papin			2 mois
6	Lacomme		7-8 mois	
13	H. Marx	5 mois		confirmé dans S. et C.
14	—	1 douteux		1 mois dans S. et C.
15	—			
16	—			
17	—	non précisé		
18	—		3 mois	
19	—		4 mois	
20	—			1 mois
21	—		2 mois	
22	—			2 mois 1/2

13 cas ont été reconnus au cours de la gestation sur 23. Sur les 46 observations de G. DUBOIS, 18 ont été diagnostiquées pendant la grossesse. La majorité cependant de façon précoce, du 3^e au 4^e mois sur treize cas, huit sont reconnus dans les cinq premiers mois, dans la période permettant de pratiquer la néphrectomie dans les meilleures conditions. Il faut donc s'efforcer de faire précocement ce diagnostic et ne pas négliger, devant des troubles urinaires persistants, les recherches que nous allons maintenant brièvement examiner dans leur rapport particulier avec la grossesse.

EXAMEN PHYSIQUE. — Peu de renseignements sont donnés par le simple examen physique. Les douleurs provoquées réno-urétrales, difficiles à rechercher chez la femme enceinte, sont loin d'être constantes. Le rein tuberculeux lui-même est rarement un gros rein ; cependant dans quelques cas l'attention a été éveillée par la présence d'une tumeur lombaire, due à une pyonéphrose (obs. 6).

Un bon signe sur lequel insistent plusieurs auteurs, serait l'induration du segment terminal de l'uretère sous forme d'un cordon dur parfois irrégulier et douloureux à la pression. G. DUBOIS rapporte dans sa thèse l'opinion de MIRABEAU qui lui attribue une valeur caractéristique, « ne l'ayant jamais rencontré dans les pyélonéphrites non tuberculeuses, ce serait un symptôme pathognomonique ou peu s'en faut ».

W. PUCH signale l'importance, au toucher vaginal, « d'une sensibilité anormale et précoce de l'uretère ». Ce symptôme a bien une valeur certaine ; bien que dans certaines pyélonéphrites on ait pu constater une certaine sensibilité des uretères, on n'a pas, dans ces cas, cette rigidité, cette induration bien spéciale.

EXAMEN DES URINES. — Trois cas se présentent dans les résultats de l'examen cyto-bactériologique des urines.

a) on trouve des B. K. ; seul le diagnostic de localisation reste à faire. Quant à la fréquence avec laquelle ce résultat est obtenu, elle est variable suivant les auteurs ; toutefois, et surtout si l'on se trouve en présence d'une lésion rénale au début, si les examens sont répétés et pratiqués suivant certaines techniques (méthode d'enrichissement), ce résultat pourrait être positif dans 91 % des cas. (*Thèse de Vivier, Paris, 18.*)

b) la pyurie est aseptique, ce caractère microbien doit faire vivement suspecter la tuberculose et il convient de répéter les examens.

c) infection microbienne banale surajoutée ou pré-existante, elle fait trop souvent porter, sur la foi d'un

seul examen ou d'un examen incomplet, le diagnostic de pyélonéphrite banale à colibacille, par exemple. Enfin il convient toujours de se méfier des résultats d'un examen faussé par une erreur de technique, prélevement inaseptique, examen trop tardif, etc...

LA CYSTOSCOPIE. — Elle est possible dans beaucoup de cas, l'échec tient essentiellement aux lésions et à l'intolérance vésicale et non à la gêne apportée par l'augmentation du volume utérin. Toutefois, dans les derniers mois et chez les primipares, par suite de l'engagement précoce, la cystoscopie peut être plus délicate, elle est rarement impossible.

Normalement, chez la femme enceinte, la vessie est repoussée en avant, aplatie en galette concave, le bas-fond vésical et le trigone s'élèvent, les orifices urétraux sont écartés en dehors, la congestion des parois est fréquente. Les lésions tuberculeuses habituelles y seront décelées avec leur siège ordinaire péri-méatique ou au niveau du dôme vésical. La capacité vésicale est toujours diminuée et de façon précoce dans la tuberculose rénale s'accompagnant de troubles vésicaux. Ce symptôme a son intérêt chez la femme enceinte, car chez elle cette capacité n'est pas diminuée, soit lors des petits troubles de compression initio-gravidiques, soit même lors des pyélonéphrites banales. DUPONT et MISRACHI insistent sur ce point dans le diagnostic des pyélonéphrites gravidiques. Cette diminution de la capacité vésicale peut être très marquée, elle était descendue à 70 cc. chez la malade de BRINDEAU, à 100 cc. chez les malades de W. PUGH et H. MARX (obs. 9, 13).

CATHÉTÉRISME URÉTRAL. — Il est inutile d'insister sur la nécessité de cet examen, tant au point de vue de la localisation que de la détermination de la valeur fonctionnelle du rein opposé ; cependant ce cathétérisme n'étant pas toujours possible en dehors de la grossesse, va rencontrer, dans les cas que nous envisageons, une difficulté de plus, rare cependant, du fait

de la seule compression utérine. Cette question de l'examen des voies urinaires chez la femme enceinte a fait l'objet de nombreux travaux et cette exploration bien réglée a pu être faite maintes fois jusque dans les dernières périodes de la grossesse sans inconvénient.

Ces explorations ont permis récemment à G. MARINESCO et C. TÉODORESCO de préciser certains points de l'anatomo-physiologie de l'appareil urinaire au cours de la gestation.

Classiquement, le cathétérisme serait plus souvent difficile à droite, sans doute du fait de la dextrotorsion habituelle de l'utérus gravide.

Une observation (malade de l'observation n° 2) paraît assez typique à cet égard.

Au cours du 7^e mois de la gestation, le cathétérisme facile du côté gauche (côté lésé) ne fut pas possible à droite où la sonde s'enfonçait seulement de 2 centimètres. L'indétermination sur l'atteinte de ce côté fut un des facteurs qui firent différer l'intervention. Dix jours après l'accouchement, le cathétérisme bilatéral était possible et montrait l'intégrité du rein droit.

Dans d'autres cas, l'impossibilité du cathétérisme est liée à l'intolérance vésicale, il sera parfois possible, après un traitement améliorant l'état de la vessie ; quant au cathétérisme à vessie ouverte préconisé par quelques auteurs, nous n'en avons relevé qu'un seul cas, effectué au cours de la grossesse et, de façon générale, cette méthode semble devoir être de moins en moins employée.

Il est d'autres méthodes d'examen auxquelles on peut recourir. Les traités d'urologie signalent la possibilité d'obtenir parfois des images radiographiques témoignant de l'atteinte rénale, rein augmenté de volume, irrégularité dans la forme, taches arrondies, irrégulières, de cavernes surtout crétacées, masses arrondies juxtaposées, d'un rein mastic.

Enfin, dans ces cas difficiles où le cathétérisme est impossible, des renseignements pourraient être donnés par la pyélographie descendante (Urosélectan

Abrodil) (1). Des recherches récentes ont permis à G. MORINESCO et C. TÉODORESCO de préciser certains points de l'anatomo-physiologie urinaire chez la femme enceinte ; dès le 3^e mois de la grossesse, la dilatation urétéro-pyélique est habituelle (LÉVY, SOLAL, SALOMON, VAUDESCAL, PORCHER) ; il s'y joint un certain état d'hypotonie de la musculature urétrale, parfois douloureuse et retardant l'excrétion. Ces modifications sont des facteurs favorisant l'infection. Discutée encore quant à sa valeur propre au point de vue du diagnostic de la tuberculose rénale, il semble pourtant que, dans quelques cas, elle pourrait fournir des images assez précises. Une cause d'erreur proviendrait de la possibilité de mouvements fœtaux faussant le cliché, d'où la nécessité d'une image de contrôle.

De toute façon, ce qu'il faut demander à ces derniers examens, c'est, comme le fait remarquer Papin, « seulement un résultat anatomique » pouvant être utilisé quand il montre des lésions bilatérales, en empêchant alors une intervention inutile.

De tous ces examens, la plupart sont l'œuvre du spécialiste qui aura la tâche de préciser le diagnostic et d'établir les bases opératives, mais c'est au médecin praticien qu'il appartient de dépister la lésion, cachée sous le masque d'une banale pyélonéphrite et, pour cela, un simple examen d'urine, mais complet, répété, avec recherche systématique du B. K., et pratiqué dans un laboratoire sérieux, permettrait souvent d'éviter de graves erreurs.

Une première erreur à éviter (et qui joue non seulement pour la tuberculose rénale, mais pour les autres affections de l'appareil urinaire), est de ne pas attribuer d'attention à des troubles fonctionnels urinaires, même encore minimes, en les considérant comme uniquement provoqués par l'état de gestation. Il existe, en effet, des troubles urinaires fréquents dans les débuts de la grossesse, et de cause purement mécanique,

(1) Introduite en France par Lavy, Solal, Dalsace et Misrachi.

en particulier la pollakiurie, mais elle est en général diurne, n'est jamais douloureuse, ne s'accompagne pas d'urines troubles, tous éléments qui devraient rapidement faire suspecter une lésion de l'appareil urinaire.

Beaucoup plus fréquemment, l'erreur vient de ce que les troubles urinaires chez la femme enceinte, et du fait même de sa grossesse, sont mis au compte d'une « pyélonéphrite gravidique banale ».

La rareté relative de la tuberculose rénale s'opposant à la grande fréquence et à la facilité de l'infection banale (le plus souvent colibacillaire) des voies urinaires chez la femme enceinte, oriente le diagnostic vers cette dernière.

Des auteurs ont récemment insisté sur la trop grande généralisation de ce terme, cachant dans certains cas des lésions anatomiques, et non pas seulement tuberculeuses, de l'arbre urinaire, mais de nature diverse, lithias infectée (DUPONT-MISRACHI), rein mobile avec coudure urétérale (LÉVY, SOLAL, MISRACHI et SALOMON).

« Nombre d'affections rénales peuvent rester latentes jusqu'au jour où une infection surajoutée aiguë vient déceler la lésion initiale », dit P. TERVER, dans une thèse récente consacrée à ce sujet. Il peut n'y avoir pas de différence entre l'infection rénale banale et l'infection première manifestation d'une lésion latente jusqu'alors, d'où nécessité de penser à une lésion antérieure, point d'appel de l'infection, et de recourir largement aux examens spéciaux. GAUME et CANELLA ont insisté en outre sur les formes de tuberculoses rénales camouflées derrière une pyélonéphrite colibacillaire pure où seule la durée anormale, la résistance au traitement habituel ont permis, en répétant les examens, de déceler la tuberculose.

Il est d'ailleurs parfois difficile de mettre en évidence la nature de certaines pyélonéphrites banales qui, par l'intensité des signes vésicaux, de symptômes analogues à ceux de la tuberculose rénale (f. hématurique,

f. pseudo tuberculose de Cleisz) orientent d'emblée vers une étiologie tuberculeuse que les examens ne confirment pas. CHABANIER rapporte un cas de pyonéphrose post-gravidique où seul l'examen histologique des lésions permit d'éliminer le diagnostic de tuberculose porté tout d'abord. C'est dire l'identité clinique qu'il peut y avoir entre une infection banale et l'infection surajoutée masquant la lésion.

PRONOSTIC FOÉTAL. — Relève directement de l'influence de la lésion sur la marche de la grossesse ; nous avons vu que, dans les cas où il fut possible de suivre l'évolution, soit par refus d'intervention, soit que la malade, vue trop tardivement, on ait attendu le terme, l'accouchement fut normal. Les observations 6, 8, 7, 11, signalent que l'enfant était parfaitement bien portant. Mis à part les cas relativement rares où l'avortement survient au cours de la grossesse, le pronostic foetal est donc favorable. Dans certains cas pourtant, il paraît y avoir eu danger de contamination. Une observation recueillie par G. DUBOIS, signale l'apparition rapide, chez un enfant, d'une adénite suppurée de nature tuberculeuse, qui fut suivie d'une méningite à huit mois.

PUGH rapporte le cas d'une infection bacillaire rapidement mortelle.

La possibilité de la contamination *in utero* est confirmée par les données des recherches de BRINDEAU et de ses élèves. Chez l'une de ses malades, tuberculeuse rénale, morte au cours de sa grossesse, des prélèvements aseptiques sur le fœtus ont, par inoculation, déterminé la tuberculose chez le cobaye, montrant ainsi que chez la femme enceinte, le sang maternel peut véhiculer le virus tuberculeux et, traversant le placenta, atteindre le fœtus.

Traitement

I. — DANS LA PREMIÈRE MOITIÉ DE LA GESTATION. — C'est la néphrectomie qui doit toujours être pratiquée dans les cas vus précocement. Ses indications sont posées sur les données des examens spéciaux déterminant le côté atteint, la valeur fonctionnelle du rein opposé. Elle ne présente, du fait de la grossesse, au moins à son début, aucune difficulté opératoire spéciale et n'est pas plus grave pour la femme qu'en dehors de la gestation. La plupart des opérées le sont vers le 3^e ou 4^e mois de leur grossesse ; il est rare que la néphrectomie soit pratiquée tout au début, le cas le plus précoce que nous ayons vu signaler, ayant été opéré à deux mois et demi (STEVENS).

Plusieurs cas ont été rapportés, dans les thèses de G. DUBOIS et WILLEMIN de néphrectomies simples, faites dans la première moitié de la gestation.

Dans les cas suivants :

N ^{os}	Auteurs	Date de la néphrectomie	Résultats
1	J. Ravina	4 mois	Acc. à terme
9	W. Pugh	4 mois	Acc. à 8 mois
10	—	5 mois	Acc. à terme
5	Brindeau	4 mois	Mort suite opération
9	H. Marx	4 mois	Acc. à terme

Quatre malades sur cinq ont donc été opérées à 4 mois, les observations restent muettes sur la technique employée qui a dû être la technique habituelle. Dans l'observation de BRINDEAU, toutefois, on fut obligé de pratiquer une néphrectomie sous-capsulaire. Nous n'avons pas rencontré un seul cas de néphrectomie pratiquée au delà du 6^e mois ; la malade d'HORNS-

TEIN (*in thèse* G. DUBOIS), fut néphrectomisée au sixième mois, l'avortement survint 19 jours plus tard.

La néphrectomie, faite dans de bonnes conditions et de façon précoce, donne d'excellents résultats tant au point de vue maternel qu'au point de vue foetal, les mauvais résultats (malade de BRINDEAU) étant des cas, vus trop tardivement avec grave atteinte de l'état général, où la néphrectomie s'imposait comme intervention d'urgence devant un danger vital immédiat, la mort survenant quelques jours après l'intervention par suite du choc opératoire et de l'insuffisance du rein opposé.

Quant à l'évolution de la grossesse après néphrectomie, il faut reconnaître que l'avortement reste relativement fréquent, 3 avortements rapides, une mort *in utero* pour 9 accouchements à terme sur les 13 cas de néphrectomie rapportés par G. DUBOIS.

PUGH signale également, sur 13 néphrectomies, huit avec accouchement à terme, 4 suivis d'avortement, dans un cas, l'évolution reste ignorée. En fait, les auteurs s'accordent pour reconnaître une proportion de 30 à 35 % d'interruption de la grossesse, la possibilité de cet accident ne doit pas, en tout cas, entrer en ligne de compte devant les avantages que présente une intervention précoce.

De temps à autre, il est donné d'observer une tuberculose rénale peu avancée, peu évolutive, avec un rein fonctionnellement presque normal et l'on peut se demander alors, souvent sollicité par la malade elle-même, s'il n'y a pas lieu d'attendre l'accouchement, de façon à éviter l'avortement possible post-opératoire. Cette expectative qui a été tentée quelquefois avec des résultats variables, ne nous semble pas prudente, la présence d'un foyer tuberculeux dans l'organisme, en plus qu'il a toute chance d'être aggravé, constitue toujours une menace d'une localisation ou d'une généralisation possible.

Il est bien démontré que des grossesses ultérieures sont parfaitement bien supportées par des femmes né-

phrectomisées, cependant on a pu voir survenir l'atteinte du rein restant au cours de gestation survenant peu après une néphrectomie pour tuberculose rénale. (Obs. 8 et 12 qui sont à rapprocher d'une observation analogue de Marion.)

Ces faits doivent inciter à une certaine prudence, la femme néphrectomisée doit rester sous surveillance médicale. La maternité devient permise en cas de lésions vésicales guéries, de rein restant fonctionnellement satisfaisant ; il est prudent de l'éviter si le rein restant reste menacé par des lésions vésicales persistantes et si le fonctionnement rénal insuffisant et la constante élevée nécessitent un régime et une hygiène peu compatibles avec la fatigue d'une grossesse (PAPIN).

II. — A LA FIN DE LA GESTATION. — En dehors des cas vus précocement où la néphrectomie s'impose, quelle est la conduite à tenir lorsqu'on se trouve en présence de tuberculose rénale reconnue dans les derniers mois de la grossesse ? La ligne de conduite, ici, n'apparaît pas aussi simple et tout peut être envisagé, depuis l'abstention jusqu'à l'intervention d'urgence devant un danger vital immédiat. Mettant pour l'instant cette dernière éventualité à part, on peut dans les cas ordinaires attendre sous surveillance le terme de la gestation, pour pratiquer ensuite une néphrectomie aussi précoce que possible.

Cette ligne de conduite a été suivie, nous l'avons vu, par certains auteurs et, dans les cas rapportés, l'accouchement est survenu à terme et sans préjudice fœtal. Cette méthode paraît ainsi justifiée au cours d'une grossesse avancée, très bien supportée, avec bon état général, et lorsque la valeur fonctionnelle rénale se révèle suffisante. Cependant, on peut reprocher à cette méthode de laisser évoluer jusqu'à la fin des lésions, d'exposer à ces accidents, à des poussées rapides du dernier mois, ou du post partum, à l'infection de l'autre rein, et l'infection secondaire si elle n'existe déjà.

D'autre part, si, dans les cas vraiment bons, cette attente peut être envisagée avec une certaine tranquillité d'esprit, il en est tout autrement dans les cas plus sérieux, cas limite où l'on verrait, au cours des derniers mois, devant la marche rapide de l'affection et l'état général déclinant, l'intervention indispensable avant que le terme de la grossesse soit atteint, et dans des conditions alors peu favorables. Il nous semble donc que, dans de nombreux cas, on aurait intérêt à réduire cette attente au minimum par la pratique d'un accouchement prématuré provoqué. Cette intervention, pratiquée dans de bonnes conditions, et alors que l'enfant est sûrement viable, permettrait d'écourter l'évolution du foyer en pratiquant une néphrectomie plus précoce.

Mais nous voulons insister sur ce point qu'il ne doit s'agir que d'une intervention pratiquée dans le double intérêt maternel et fœtal, dans l'intérêt maternel en abrégant l'évolution et l'extension termino-gravidique parfois redoutable en permettant une néphrectomie plus précoce ⁽¹⁾ et en évitant plus sûrement les dangers de poussées brusques, de surinfection, de rétention pyéliquies. L'intérêt fœtal apparaît moins évident, et l'on peut objecter à cette méthode les dangers qui, pour le fœtus, résultent parfois de l'accouchement prématuré provoqué. Il semble que cette intervention ait, dans ces dernières années, connu un discrédit un peu injustifié.

Pratiqué au moment voulu, alors que l'enfant est sûrement viable, après examen obstétrical sérieux et dans de bonnes conditions, elle donne de bons résultats. Peut-être, enfin, mais ce n'est là qu'une hypothèse, diminuerait-on ainsi les chances de contamination *in utero* de l'enfant.

Faite plus précocement, alors que l'enfant n'est pas viable, l'interruption de grossesse ne se justifie plus,

(1) Quinze jours après chez la malade de l'obs, n° 2.

hormis quelques cas spéciaux où elle est commandée par le danger vital immédiat pour la mère (obs. 4).

L'interruption de grossesse associée à la néphrectomie immédiate, qu'on relève dans les observations 17 et 21, paraît plus discutable, et faite là, uniquement dans le but de mettre la femme dans les meilleures conditions pour lutter contre l'atteinte bacillaire. Les auteurs français n'ont pas préconisé cette méthode, il semble qu'elle soit employée surtout dans les pays où l'avortement thérapeutique a des indications plus larges et se fait de façon plus courante.

Il reste à envisager brièvement les cas, heureusement rares de tuberculose bilatérale ou de tuberculose sur un rein restant après néphrectomie. Bien que dans ces cas le pronostic soit très grave, on peut cependant se trouver en présence d'une forme à évolution lente, ne touchant qu'une petite partie du rein, si bien que l'avortement au début de la grossesse a pu être conseillé ; par contre, si la grossesse a déjà atteint le sixième mois, l'amélioration ou la guérison maternelle sont trop problématiques pour qu'on sacrifie délibérément un enfant qui sera viable peu de temps après. Il y a donc intérêt à laisser la gestation évoluer jusqu'à terme.

En cas de tuberculose bilatérale, si l'un des reins est peu touché, quelle que soit la détermination prise (avortement ou expectative), il y a lieu de faire une néphrectomie du côté le plus malade si les différents examens des fonctions urinaires l'autorisent.

TRAITEMENT DANS LE POST PARTUM. — La néphrectomie, dans les cas où la tuberculose rénale reconnue pendant la grossesse n'a pu être opérée, doit être faite le plus rapidement possible. Après accouchement provoqué ou naturel, elle peut être faite, sauf complication, dans la deuxième ou troisième semaine de l'accouchement.

La nécessité de cette intervention, la nécessité de mettre rapidement la mère dans les meilleures conditions de résistance, fera presque toujours contre-indiquer l'allaitement maternel.

Observations

OBS. 1. — Mme G..., 32 ans, III pare.

Rien de très spécial dans les antécédents ; aurait eu une pleurite droite à 13 ans.

1^{re} gestation en 1920. Accouchement un peu prématuré ; dilatation ayant duré 3 jours ; forceps ; enfant vivant, 7 livres et demie, allaité durant 6 mois, actuellement bien portant.

2^e gestation en 1926-1927. Accouchement le 1^{er} février 1927. Dilatation plus rapide que la première fois. Au bout de neuf heures de travail la dilatation arrive à grande paume, mais ne progresse plus. Le col est dur. La tête est au D. S. Deux tentatives de forceps sans résultats ; version ; extraction d'un enfant mort pesant 9 livres 1/2. Suites de couches normales. Leucorrhée due à une métrite importante du col. Quelques mois après, cautérisation du col au Néofilhos.

La femme commence près de trois ans après une 3^e gestation.. D. R. : 8 au 13 novembre 1929.

En raison des difficultés rencontrées au cours du 2^e accouchement, Mme G... m'est adressée par son médecin.

Je la vois pour la première fois le 11 février 1930. Utérus de 2 mois 1/2. Col très dur, déchiré à gauche et diminué de longueur.

L'interrogatoire m'apprend que depuis le début de l'année 1929 Mme G... est traitée pour pyélonéphrite.

Le début a été marqué par l'apparition d'une fièvre légère : 38°, survenant à la moindre fatigue, disparaissant par le repos. L'examen montra des douleurs vagues sur le trajet urétéral gauche ; des fosses lombaires indolores. Les urines étaient alors légèrement troubles.

Le médecin traitant, pensant à une pyélonéphrite à colibacilles, institua un traitement par le vaccin anticolibacillaire buccal, puis par de l'uroformine et du bleu de méthylène. Les troubles persistant, la malade fut adressée à un urologue en juin 1929. Le traitement au bleu de méthylène fut continué pendant trois mois.

Devant la persistance du pus, un examen bactériologique fut fait. Il montra la présence de globules blancs en assez grand nombre, mais ne décéla aucun élément microbien. Cependant on ne pensa pas, à ce moment, à la tuberculose rénale.

La femme, assez inquiète de ces troubles urinaires persistants, me dit vouloir avoir l'avis du Docteur Marion. Celui-ci pratique un examen microscopique des urines qui montre la présence de B. K. en très grande quantité.

La cystoscopie, le cathétérisme des uretères permettent de localiser la lésion au rein gauche et de montrer l'intégrité du rein droit. Le fonctionnement rénal montre que le rein gauche est d'ailleurs encore peu touché et que la lésion est très probablement minime et à son début. M. le Docteur Marion demande l'avis de M. le Professeur Couvelaire.

La malade est examinée le 8 mars par M. le Professeur Couvelaire, qui conseille la néphrectomie immédiate, jugeant dangereux d'attendre la fin de la gestation pour intervenir et de laisser ainsi pendant plus de six mois un foyer pouvant être le point de départ d'autres localisations ou d'une généralisation tuberculeuse.

L'opération est pratiquée le 15 mars 1930, par M. le Docteur Marion.

Néphrectomie gauche sans incidents. Elle est très bien supportée par la malade et n'a duré d'ailleurs que 10 minutes.

L'examen du rein montre deux petites cavernes de la grosseur d'un pois au niveau du pôle inférieur et une autre au niveau du pôle supérieur.

Suites opératoires normales.

La gestation continue normalement. Les troubles urinaires ont presque disparu après l'intervention. Il ne persiste qu'une miction nocturne. L'examen des urines ne montre plus que de nombreuses cellules épithéliales et des leucocytes en proportion normale ; pas de microbes. Au début du mois d'août, légère albuminurie ne dépassant pas 10 cg. L'état général de la femme est excellent.

L'accouchement se produit le 15 août. Dilatation normale du col jusqu'à grande paume. Souffrance fœtale. Rupture artificielle des membranes. Latérocidence du cordon. Forceps à la partie haute de l'excavation. Extraction d'un garçon vivant, pesant 3.500 grammes. Suites de couches normales.

La femme a allaité son enfant pendant quatre mois.

La mère et l'enfant sont actuellement en parfaite santé.

Un examen d'urines récent a été entièrement négatif (J. RAVINA).

OBS. 2. — Mme Cl..., IV pare, 30 ans, trois enfants de 6, 4 et 2 ans.

Je vois Mme Cl... au début de février 1930. Elle est enceinte pour la 4^e fois, au terme de 8 mois environ et le diagnostic de tuberculose rénale vient d'être porté.

Il est difficile de préciser le début des troubles urinaires. Après sa 3^e gestation, qui s'est terminée en 1928, la malade a présenté de la pollakiurie diurne et nocturne et des urines troubles. On a fait le diagnostic d'infection colibacillaire, bien qu'il n'ait pas été pratiqué d'examen cyto bactériologique des urines.

Au début de la gestation actuelle, la malade consulte son médecin pour des crises à type d'angine de poitrine. On constate à ce moment pour la première fois une hypertension importante : 23-12.

Soignée par le Professeur agrégé Doumer, à Lille, en août et septembre pour cette hypertension, la malade est revue par son médecin en octobre et c'est seulement en décembre qu'elle présente à nouveau de la pollakiurie diurne et nocturne avec des douleurs à la miction. On pense à ce moment à une récurrence de la pyélonéphrite, d'autant plus qu'un examen des urines fait par un pharmacien montre la présence de globules de pus et des bacilles du type coli à l'examen direct, mais la culture reste négative. Le médecin, en présence de l'aggravation des signes vésicaux, pratique plusieurs lavages au nitrate d'argent ; cette thérapeutique est suivie d'une aggravation des signes. C'est alors que le médecin pense à la possibilité d'une tuberculose rénale et envoie la malade au Docteur Lauret.

Celui-ci pratique alors un nouvel examen bactériologique d'urines qui montre la présence de nombreux bacilles de Koch et l'absence de tous autres germes. Il fait une cystoscopie et tente un cathétérisme des uretères. La sonde urétérale gauche est facilement mise, la sonde droite ne peut être introduite que de 2 cm.

L'examen des urines du rein gauche montre la présence de B. K. Il y en a aussi, mais en beaucoup plus petite quantité, dans les urines recueillies dans la vessie. Le rein gauche est donc certainement tuberculeux, mais on ne peut préciser l'état du rein droit.

C'est dans ces conditions que je suis appelé à voir la malade au début de mars 1931.

Femme fatiguée, amaigrie, pâle. Température oscillant entre

37°2 et 38° ; pouls très rapide : 110-120. Hauteur utérine 29. Enfant vivant. Fibrome assez gros du fond utérin.

Ignorant l'état et la valeur du rein droit du fait de l'impossibilité du cathétérisme urétéral de ce côté, il ne peut être question d'un traitement chirurgical. D'ailleurs la grossesse est près du terme ; je conseille d'attendre une quinzaine de jours, car l'enfant me semble petit, de provoquer alors l'accouchement, et, aussitôt qu'on le pourra après l'accouchement, de pratiquer un cathétérisme de l'uretère droit et une néphrectomie si possible.

Accouchement prématuré provoqué le 20 mars par mise d'un ballon après rupture des membranes. Quatre heures après, expulsion d'un enfant vivant du poids de 2.700 grammes. Vingt minutes après, D. N. C. assez hémorragique. L'utérus fibromateux se rétracte mal ; l'hémorragie continue malgré le traitement médical ; le pouls devient petit, incomptable. Bien que la femme ne saigne plus, l'état général est toujours très grave. Je pratique une transfusion de 400 grammes qui amène une véritable résurrection.

Suites de couches fébriles, température oscillant entre 38° et 39°. Cette fièvre semble expliquée par l'état rénal. Le rein gauche est devenu très douloureux et a augmenté de volume.

Dix jours après l'accouchement, le Docteur Lauret pratique aisément un cathétérisme bi-latéral qui montre l'intégrité du rein droit.

Quinze jours après l'accouchement, néphrectomie gauche sans incidents. Le rein est doublé de volume ; à l'ouverture, on constate qu'il est à peu près détruit, étant formé par cinq cavernes volumineuses, ne laissant à la périphérie qu'une petite zone saine de quelques millimètres d'épaisseur. Suites opératoires favorables, la température tombe dès le lendemain de l'opération et reste aux alentours de la normale. L'état général devient de jour en jour meilleur. Vingt jours après l'opération, la malade se lève et quitte la clinique en parfait état. La pollakiurie a diminué progressivement. Un examen d'urine pratiqué deux mois après l'opération se montre entièrement négatif.

A noter que depuis la néphrectomie, la tension artérielle a baissé progressivement ; elle est actuellement de 17/9. La malade est en parfait état. Quant à l'enfant, il a reçu du B. C. G., et s'est développé normalement (J. RAVINA).

OBS. 3. — Br... Madeleine, II pare. — 1^{er} accouchement normal en 1928, accouchement prématuré à 8 mois. Enfant bien portant.

2^e accouchement prématuré ; se produit le 7 septembre 1930.

D. R. 22 janvier ; accouchement au terme de 7 mois 1/2 environ. La femme n'a pas consulté pendant sa gestation.

L'accouchement se fait rapidement alors que la femme est chez elle. Garçon vivant de 1.800 grammes.

La femme est transporté à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, où on pratique la délivrance. D. N. C. 400 grammes.

La température est de 37° le matin ; de 36°8 le soir.

Le 8 au matin, la température monte à 38° ; le soir, à 39°6.

Le 9, la température est retombée à 37°6.

Je vois la malade à ce moment, 48 heures après l'accouchement.

On est en présence d'une femme fatiguée, amaigrie. L'interrogatoire révèle de la pollakyurie diurne et nocturne depuis trois mois environ. La femme a remarqué que ses urines étaient troubles.

L'examen du rein et de l'uretère droit est négatif. Par contre on sent au niveau de la région lombaire gauche une masse assez volumineuse, du volume des deux poings, douloureuse, et présentant tous les caractères d'une masse rénale. L'uretère gauche est douloureux sur toute son étendue.

La quantité d'urines émise dans les 24 heures est de 1.300 grammes.

Les urines sont nettement purulentes et il existe au fond du bocal une couche importante de pus. L'examen cyto bactériologique des urines montre la présence de globules de pus en grande quantité, mais l'absence de tout élément microbien.

Pendant une huitaine de jours, la température oscille entre 37° et 39°. La quantité d'urines émise, entre 1.000 et 1.700 grammes.

Puis la température baisse progressivement pour se maintenir entre 37° et 37°8. La quantité d'urines reste presque invariable à 1.500 grammes.

Un deuxième examen cyto bactériologique fait le 16 septembre donne le même résultat.

Enfin un troisième examen fait quelques jours après montre la présence de B. K. L'état de la malade reste stationnaire. La masse rénale gauche toujours sensible est moins douloureuse.

La femme est passée dans le service de M. le Professeur Legueu, à Necker.

Le 1^{er} novembre 1930, M. Quivy, interne du service, pratique une néphrostomie gauche pour pyonéphrose volumineuse. Le rein semble entièrement détruit. Après huit jours d'apyrexie, la température monte à 39° et la femme meurt en quelques heures. L'état général n'avait d'ailleurs cessé de s'aggraver depuis l'intervention (au moment de l'intervention, azotémie: 0,33, K. 0,089). L'autopsie n'a pu être faite.

L'enfant a vécu, mais a augmenté de poids lentement et est resté débile (J. RAVINA).

OBS. 4. — Mme L..., enceinte de 8 mois 1/2, âgée de 35 ans, entre au Pavillon de Chirurgie de l'hôpital de Mantès parce qu'elle présente une volumineuse tuméfaction latéro-abdominale droite. La malade n'aurait constaté l'existence de cette masse que depuis deux semaines. Auparavant, elle aurait eu de la pollakiurie diurne et nocturne dès le 2^e mois de sa gestation. A ce moment, les urines devenues troubles contenaient de l'albumine qui était évidemment du pus.

Au 5^e mois, surviennent des douleurs lombaires et abdominales et les troubles vésicaux s'accroissent.

Six semaines avant l'examen, la malade se plaignait de constipation accompagnée d'oligurie et même d'anurie, suivies de débâcles intestinale et urinaire.

A l'examen, nous trouvons une tuméfaction qui occupe tout le flanc droit. Cette tuméfaction est plus abdominale que lombaire. Elle est bilobée, composée d'une masse interne rénitente et d'une masse externe présentant une consistance plus dure. Il n'y a pas de contact lombaire.

L'état général est très grave. La température à 40°, le pouls filant à 120.

En raison de l'imminence du terme, la malade est transportée à la Maternité de l'Hôpital, où un accouchement prématuré est pratiqué le 21 avril par le Docteur Montet.

Le lendemain, la température restant élevée avec pouls à 130 et oligurie marquée, on tente un cathétérisme de l'uretère droit sans y réussir, par suite de l'intolérance vésicale.

On constate l'intégrité de presque toute la vessie, y compris celle du trigone et des méats urétéraux.

Sur la paroi latérale droite, existent quelques ulcérations polycycliques à fond rouge parsemé de bandes blanches. Aucune ulcération vraie, pas de granulations ou de lésions caractéristiques.

Cependant l'examen bactériologique ne met pas de germes en évidence.

La cystoscopie ayant démontré que le rein droit est exclu et la tuméfaction se rapportant très vraisemblablement à celui-ci, une néphrectomie est tentée le 25 avril sous anesthésie générale à l'éther.

Par une longue incision latérale on dégage facilement le pôle supérieur du rein, mais la libération du pôle inférieur adhérent au péritoine détermine la rupture d'une volumineuse poche pyonéphrotique. L'uretère est très épaissi et d'aspect tuberculeux, de même que le pus.

On pratique une néphrectomie extra-capsulaire avec ligatures étagées du pédicule et fixation pariétale de l'uretère.

L'examen du pus ne décèle pas de microbes, mais l'étude histologique de la poche, pratiquée par le Professeur agrégé Leroux, montre une tuberculose caractéristique.

L'opération fut très bien supportée. A sa suite, la température tomba, les urines redevinrent normales, abondantes et claires, puis peu après la température remonta. La plaie avait fort bon aspect et l'examen clinique et radiologique pulmonaire ne montrait aucune lésion, peu à peu le ventre augmenta de volume et actuellement cette malade présente tous les signes d'une péritonite tuberculeuse à forme ascitique (R. DUPONT et MISRACHI).

OBS. 5. — BRINDEAU, DE BEAUFOND, P. CARTIER et PORGIN (*Bulletin Académie de Médecine*, mars 1930).

Il s'agit d'une secondipare de 29 ans qui vient consulter en août 1929, à Tarnier, pour douleurs lombaires gauches avec pyurie.

Scarlatine à 5 ans. Albuminurie intermittente constatée pour la première fois à l'âge de 18 ans et ayant résisté à tout traitement.

Depuis deux ans, polyurie et pollakiurie indolore (cinq à six mictions le jour, deux la nuit), altération de l'état général. Une première grossesse il y a cinq ans a parfaitement évolué, accouchement à terme, normal, l'enfant meurt à 11 mois de B. P.

La grossesse actuelle a débuté vers la mi-juin 1929, les deux premiers mois se passent sans incidents, la polyurie et la pollakiurie ont gardé leur caractère, et l'aspect des urines n'avait pas attiré l'attention, quand brutalement le 15 août 1929 la malade fut prise de douleurs lombaires gauches avec frissons

et ascension thermique entre 39° et 40°, les urines deviennent alors très troubles, la crise dure une huitaine de jours, puis la malade reprend ses occupations, gardant toutefois un endolorissement lombaire gauche, les urines troubles et un état subfébrile autour de 38°, une deuxième crise aiguë s'étant déclarée fin septembre 1929, vient à Tarnier, se présente avec un état général très médiocre, des urines franchement purulentes contenant du coli et du streptocoque en abondance, mais l'examen clinique faisant penser à la tuberculose, une recherche fait découvrir le B. K., il s'agit donc de tuberculose rénale avec infection secondaire. Capacité vésicale très réduite, 70 cc. ; après instillations d'huile goménolée, cathétérisme bilatéral des uretères le 24 octobre 1929, à droite ; urines transparentes, très colorées, concentration uréique 23 ; à gauche, la sonde montée au bassinnet laisse écouler du pus ; concentration uréique, 0 ; azotémie, 0,62. La température oscille entre 38° et 39°. Au palper abdominal, une tuméfaction rénale volumineuse descend dans la fosse iliaque gauche.

L'intervention d'urgence est décidée le 29 octobre 1929, incision lombaire gauche, gangue scléreuse, néphrectomie sous-capsulaire par morcellement. L'opération se déroule sans accident, mais par la suite la fonction rénale droite se révèle insuffisante, la malade succombe à l'état de choc en 48 heures. A l'autopsie, aucun des organes thoraciques ou abdominaux ne présente de lésion de tuberculose. Dans le rein malade, présence de B. K.

OBS. 6. — Une primipare de 24 ans entre à la clinique le 15 juillet 1931, en état de gestation de sept mois environ. (D. R. 25 novembre 1930.) Il y a un mois elle a présenté des douleurs lombaires diffuses et quelques troubles oculaires : vision trouble, quelques mouches volantes. De plus, la malade se sentait asthénique et maigrissait. Un médecin consulté, ayant découvert de l'albumine, avait mis la malade au régime habituel. Mais le régime n'eut pas l'effet escompté. L'albuminurie persistant et le médecin pensant que peut-être ses prescriptions n'étaient pas rigoureusement exécutées, la malade fut envoyée en observation à l'hôpital.

A son arrivée on note : Femme un peu amaigrie. Température normale. Pas de douleur lombaire. Pas de signes fonctionnels vésicaux. Pas d'œdème. Albuminurie : 0 gr. 50. Tension artérielle : 12 — 6 (Vaquez). Malgré le régime lacté,

strictement suivi, l'albuminurie persiste. On pratique alors une série d'examens cyto bactériologiques de l'urine. Le 16, le 22 juillet et le 3 août, le microscope décèle la présence de pus en plus ou moins grande abondance. Une seule fois l'examen direct mit en évidence quelques rares colibacilles. Les deux autres examens ne décelèrent aucun germe.

Devant ces résultats le diagnostic de pyélonéphrite s'imposait. La nature de l'infection restait à préciser, mais le caractère aseptique de la suppuration nous orientait évidemment vers la possibilité d'une tuberculose. Ni l'examen clinique ni l'examen radioscopique des poumons donnèrent à ce point de vue de renseignements. Un cobaye fut inoculé avec l'urine le 17 août.

Avant que le résultat de l'inoculation fut connu, la malade accoucha spontanément le 26 août d'un enfant de 2.820 grammes, bien portant. Les suites de couches furent normales, mais l'état de fatigue de la femme paraissant aggravé par l'allaitement et le diagnostic de tuberculose rénale ayant été évoqué, le sevrage progressif de l'enfant fut décidé.

Quelques semaines après l'accouchement, en octobre, l'autopsie du cobaye montra des lésions tuberculeuses évidentes. Sur notre conseil, la malade se fit hospitaliser et le 10 novembre elle fut opérée à la Charité par M. Gouverneur qui pratiqua une néphrectomie droite.

Le rein enlevé présentait des lésions de tuberculose cavitairé typique avec envahissement de la partie supérieure de l'uretère.

Revue quelque temps après l'intervention, la malade allait bien et reprenait du poids (LACOMME).

OBS. 7. — BEAUFOND (*Association Française d'Urologie*, octobre 1927).

Mme G..., âgée de 42 ans, entre au 7^e mois d'une 7^e grossesse à la clinique Tarnier, en avril 1926, pour une hématurie persistante. Il s'agit d'une hématurie totale spontanée, s'accompagnant d'un léger endolorissement lombaire bilatéral et sans état fébrile marqué, l'examen histo-bactériologique des urines révèle en dehors du sang la présence de pus et de colibacilles.

Cette hématurie franche et tenace, dure déjà depuis près de quatre semaines et vers le 4^e mois de cette grossesse les urines se sont troublées, sans que les mictions aient changé de caractère.

La malade me déclare que ses dernières grossesses se sont toujours accompagnées de troubles urinaires mais qu'en dehors d'une miction sanglante très ancienne, c'est la première fois qu'elle présente une franche et abondante hématurie.

Après trois accouchements normaux à terme, en 1903, 1907, 1909, c'est au cours de sa 4^e grossesse, en 1915, que commencent les troubles urinaires, on lui trouve pour la première fois de l'albumine. En 1918, peu avant sa 5^e grossesse, elle est prise de crises néphrétiques droites et remarque des urines troubles. Pendant cette 5^e grossesse en 1919, survient la première hématurie isolée, ne s'étant pas reproduite jusqu'à la période actuelle, l'accouchement a lieu à terme normalement, mais comme le trouble des urines persiste plus qu'à son habitude, elle consulte un urologue qui après examen histo-bactériologique, fait 7 à 8 lavages du bassinnet au nitrate d'argent. Les usines ne sont nullement modifiées par cette thérapeutique mais, avec le temps, les urines redeviennent claires, les crises néphrétiques droites continuent cependant à se reproduire.

En 1923 a lieu la 6^e grossesse, les urines restent alors constamment troubles, les crises douloureuses augmentent de fréquence, l'accouchement se fait toujours à terme, sans incident, les manifestations urinaires régressent ensuite légèrement, la pyurie alterne à nouveau avec des périodes de mictions claires. Il en est ainsi jusqu'en septembre 1925, date à laquelle la malade commence sa 7^e grossesse, les crises néphrétiques reprennent en force et en fréquence puis s'espacent plutôt, après le 4^e mois, tandis que les urines redeviennent troubles. C'est au cours du 6^e mois qu'a commencé cette hématurie qui colore encore fortement les urines et dure sans arrêt depuis un mois. Malgré les relations certaines avec les différentes grossesses et malgré les résultats des analyses pratiquées, devant la persistance de cette hématurie, je fais des réserves sur l'origine colibacillaire pure et je pense à la tuberculose rénale avec infection secondaire. L'hématurie bien qu'abondante étant bien supportée, l'état général n'étant pas mauvais et en l'absence de température, je décide de laisser en surveillance cette malade qui aurait dépassé le 7^e mois et d'attendre, si possible, le terme.

Les circonstances se déroulent favorables, l'hématurie cesse au bout de 15 jours pour ne plus reparaître, elle avait duré six semaines, les urines restent troubles. Le 5 juin 1926, une fois de plus, la malade accouche à terme d'un enfant vivant, actuellement en parfaite santé.

Suite résumée de l'observation :

Malade revue en juillet. Pus et coli à l'examen histobactériologique des urines, grosse déficience de la sécrétion uréique du rein droit.

L'intervention proposée est différée par la malade jusqu'à la fin 1926 où elle revient pour crises néphrétiques droites.

Signe de tuberculose rénale droite (pus, coli et cette fois staphylocoques à l'examen histobactériologique).

Intervention le 30 décembre 1926, néphrectomie droite, gros rein purulent avec uretère induré.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit de pyonéphrose tuberculeuse banale avec uretérite très marquée, le rein presque entièrement détruit n'est pas exclu, l'uretère est largement ouvert dans le bassin.

Opérée revue en juin 1927. Excellent état général.

OBS. 8. — Par VALLOIS et COLL DE CARRERA (*Bulletin Soc. Obst. et Gynécol.*, 1926).

Il s'agit d'une malade de 18 ans dont le passé pathologique est nul et dont les divers antécédents héréditaires ou collatéraux sont sans intérêt. D'une santé jusque-là très robuste, cette jeune femme avait été hospitalisée l'année précédente dans le service de M. le Professeur Jeanbrau pour une affection rénale, qui fut rapidement identifiée à une tuberculose rénale droite. Cette affection conduisit à pratiquer une néphrectomie droite en mai 1924. Excellents résultats opératoires, au point que dès le mois suivant, la malade qui avait repris ses occupations habituelles, devenait enceinte, les dernières règles remontaient en effet au 25 juin 1934. La grossesse évolue sans le moindre accident entièrement physiologique jusqu'au 6^e mois, à ce moment la jeune femme commence à se plaindre de douleurs légères du côté de la région lombaire gauche, ce pourquoi son médecin lui conseille d'entrer à la Maternité. A son arrivée dans le service, la malade est examinée, il s'agit d'une primipare dont la grossesse remonte à 7 mois environ. D'aspect extérieur floride, elle présente au point de vue obstétrical, les particularités suivantes : utérus régulièrement développé dont le fond s'élève à 29 cm. de la symphyse. Au palper on sent une présentation du sommet mobile, en position gauche. Rien de particulier au toucher, le bassin osseux semble normal.

Un examen viscéral complet est pratiqué et ne montre

aucune particularité. Pas de signes pulmonaires permettant de soupçonner la moindre lésion tuberculeuse.

Dans la région lombaire droite on note la cicatrice correspondant à la néphrotomie, que la malade a subie. Cette cicatrice est souple, non adhérente ; l'exploration de la région rénale gauche permet de mettre en évidence un point douloureux lombaire au niveau de l'angle costo-vertébral. Il n'est pas possible de palper le rein et on ne peut trouver aucun autre point douloureux sur le trajet de l'uretère. Par ailleurs la malade urine bien, sans modification des caractères des mictions dont l'abondance est normale, qui reste indolore. Urines d'aspect normales. Pas de pollakiurie. Bon état général, pas de température.

Dans ces conditions, la malade est mise en observation, les urines des 24 heures sont recueillies et analysées.

Quantité	16,30
Densité.....	10,14
Réaction.....	lég. acide
Urée.....	11 gr. 6
Albumine.....	traces légères
Glucose.....	néant
Chlorures.....	10 gr. 2

Comme on le voit, les fonctions rénales paraissent se faire dans des conditions absolument physiologiques ; d'un autre côté, des urines recueillies aseptiquement sont analysées, recherche du B. K. et inoculation au cobaye.

L'examen du culot montre des cellules de l'épithélium vésical et de rares globules de pus B. K. — 0 ; le 24 février, réaction à la tuberculine fortement positive. Ces divers examens témoignent d'une fonction urinaire à peu près intacte, d'un état d'allergie accentué avec un état général particulièrement conservé, nous firent porter un pronostic favorable. De fait la grossesse évolua de façon normale, l'accouchement se produisit le 23 mars après un travail normal de 12 heures. L'enfant parfaitement constitué pesait 2 k. 500. Suites de couches normales. Elimination urinaire normale en qualité et en quantité. Levée le 15^e jour, sort de la Maternité en avril 1925, ayant jusque-là nourri son enfant au sein sans fatigue.

En somme il s'agissait d'une grossesse ayant évolué normalement chez une femme récemment néphrectomisée pour tuberculose rénale et chez qui les suites de couches ont été normales.

Mais par la suite, le laboratoire envoyait les résultats de

l'inoculation au cobaye, pratiquée quatre mois auparavant : petit ganglion apparu au point d'inoculation et ayant grossi assez rapidement, l'animal a été sacrifié le 10 juin et le ganglion contenait de nombreux B. K.

OBS. 9. — Par PUGH (*Annales of Surgery*, 1927).

Mme L..., 26 ans. Etat actuel : pollakiurie diurne et nocturne ; enceinte de 4 mois. Rien dans la famille au point de vue tuberculeux. Variole et scarlatine dans l'enfance. Rhumatisme à 18 ans. Plusieurs attaques de bronchite, ces dernières années. Un accouchement normal il y a trois ans.

Depuis deux mois ressent un trouble progressif dans la fréquence des mictions, mais ne s'en inquiète que depuis deux semaines, date où la pollakiurie devient diurne et nocturne et les mictions douloureuses. Elle ressent en outre une légère douleur intermittente dans la région lombaire droite, irradiant en bas sur le trajet de l'uretère.

Nous la vîmes à cette époque. L'examen montre une femme d'apparence assez frêle, enceinte d'environ 4 mois. Un examen pulmonaire par le Docteur Lloyd n'a pas révélé de lésions tuberculeuses.

Le palper abdominal révèle, à part l'utérus gravide, un rein grossi et douloureux. Par cathétérisme on trouve du pus mais pas de B. K. ; un examen urinaire complet est décidé.

Cystoscopie facile, irritation vésicale quand la capacité dépasse 100 cc. Présence d'une ulcération au-dessus de l'orifice urétéral droit, les urines séparées sont examinées.

	Rein droit	Rein gauche
Couleur	très trouble	claire
Urée	trace	1 1/4
P. S. P.....	15	3
Pus	++	nul
Albumine	++	nul

L'inoculation au cobaye avec l'urine du rein droit fut ultérieurement positive. Il fut jugé inutile de faire une pyélographie.

La néphrectomie fut suivie d'une grande amélioration dans l'état de cette malade, qui parvint sans accident au terme de sa grossesse.

OBS. 10. — Par PUGH (*Annals of Surgery*, octobre 1927).

Mme L. W., 25 ans.

Vue pour douleurs dans la région lombaire droite et pollakiurie.

Antécédents : un frère mort dans l'enfance de tuberculose pulmonaire.

Affections habituelles de l'enfance, varicelle, oreillons, une attaque de R. A. A. à 18 ans.

Affection actuelle. — Croit que son état a commencé il y a sept mois, soit trois mois avant le début de sa grossesse. Elle a remarqué d'abord une douleur légère discontinue dans la région lombaire ; cette douleur croît en intensité jusqu'à prendre le type de coliques néphrétiques. Ces crises se sont accentuées depuis le début de la grossesse qui a marqué aussi l'apparition de la pollakiurie.

Un examen urologique a permis de reconnaître une atteinte rénale droite de nature tuberculeuse. Nous avons recommandé une néphrectomie immédiate. Elle ne fut pas acceptée par la famille, ni par le médecin traitant, et comme nous refusions alors tout soin, ce cas nous échappa ; la malade fut traitée par un gynécologue bien connu, qui vida l'utérus.

Deux semaines plus tard la malade meurt d'une affection étiquetée pneumonie.

OBS. 11. — Par PUGH (*Annals of Surgery*, octobre 1927).

Mme M. D., 31 ans.

Etat actuel : Mictions fréquentes et impérieuses. Enceinte de cinq mois environ.

Antécédents : Mère et père morts de pneumopathies probablement tuberculeuses.

Bronchites, pneumonie dans l'enfance.

Deux maternités antérieures.

La malade raconte qu'il y a environ deux mois est apparue une pollakiurie d'abord diurne, puis rapidement également nocturne, les mictions ont commencé à être douloureuses et impérieuses, une douleur est apparue au niveau de la région lombaire droite. Son médecin fait faire plusieurs examens d'urines, jamais on ne trouve de B. K.

On fait alors un examen urologique complet, qui décèle des lésions vésicales, le cathétérisme de l'uretère droit permet de retirer du pus contenant des B. K. ; le toucher vaginal montra un uretère épaissi et douloureux du côté droit.

La néphrectomie fut faite deux semaines après. Convalescence normale, l'accouchement eut lieu à huit mois ; l'enfant paraît en bonne santé.

OBS. 12. — Par PAPIN, Tuberculose rénale infectée secondairement. Pyonéphrose post-gravidique du côté gauche. Néphrectomie. (In *Pratique médicale illustrée*.)

Mme J. C., 21 ans, est entrée à l'hôpital Saint-Joseph, le 5 juin 1923, pour pyonéphrose gauche, suites de couches.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels.

Le début de la grossesse date de juin 1922 et l'accouchement se produit très facilement le 10 avril 1923 ; l'enfant, pesant 5 livres, se porte bien actuellement. Le cinquième jour après l'accouchement, la malade présenta une température s'élevant à 37°5 et 38° et les urines devinrent troubles ; pendant un mois l'état reste stationnaire, amaigrissement, point douloureux lombaire gauche, urines troubles.

Du 21 mai jusqu'au 1^{er} juin, la température présente de grandes oscillations.

Néphrectomie gauche pratiquée le 8 juin 1923 ; le rein contient des abcès multiples.

La malade sort de l'hôpital le 18 juillet dans un état satisfaisant.

H. MARX (OBS. 13 A 22)

OBS. 13. — Mme B..., 35 ans. Vient le 23 mai 1912, pour la première fois, se faire examiner. Elle se plaint de troubles vésicaux existant depuis cinq semaines, accompagnés de douleurs dans la région lombaire droite. L'examen cystologique montre, autour des deux orifices urétéraux, des modifications tuberculeuses typiques. Les deux reins se montrent lésés au point de vue fonctionnel par l'épreuve des colorants. L'urine contient, en dehors de débris purulents, 1/3 % d'albumine. La capacité vésicale étant de 150 centimètres cubes.

Par la suite, la malade se porte très bien. La grossesse débute en octobre 1912. Pendant cette grossesse, des troubles d'intensité croissante surviennent bientôt. Au moment d'un nouvel examen, en mai 1913, la malade avait maigri de 53 à 40 kilos. L'état général était mauvais, il y avait : température, anorexie et des mictions fréquentes et douloureuses. L'urine, très trouble, contient 1 %₀₀ d'albumine. La capacité vésicale était tout au plus de 100 centimètres cubes.

Le 17 mai, on interrompt la grossesse, à Bâle, mais quinze jours après la malade mourut.

A l'autopsie, on trouve une tuberculose rénale bilatérale, vésicale, pulmonaire et intestinale. En plus, on note une dégénérescence graisseuse des organes parenchymateux. Atrophie et dilatation du cœur. Le rein droit est détruit, peu de caverneux ; le gauche montre à la coupe quelques foyers caséux.

OBS. 14. — Mme L..., 29 ans. Depuis Noël 1925, elle présente des troubles vésicaux qui s'améliorent passagèrement. En mars 1926, on trouve les lésions cystoscopiques suivantes : urètre gauche entouré d'une zone inflammatoire avec suffusion hémorragique de la muqueuse environnante. Vers la partie postérieure de la vessie, un grand nodule jaune transparent. Le colorant apparaît à droite, après quatre minutes, en jet fort. A gauche, il apparaît, après six à sept minutes, d'un bleu pâle, en jet faible.

L'urine contient de l'albumine, des leucocytes ; pas de B. K. (mais sans inoculation). Le diagnostic était : possibilité de tuberculose rénale gauche.

Les troubles disparaissent bientôt complètement et la santé semble parfaite. Au terme d'une grossesse, parfaitement supportée, sans aucun trouble vésical ou du rein, cette femme revient, en avril 1928, à l'hôpital de Bâle ; huit jours avant l'accouchement la fièvre éclata et s'accompagna d'une faible douleur initiale, une infection utérine se développe. Enfin survient l'accouchement d'un fœtus mort. Après cet accouchement, la fièvre monta de suite à 40°1. L'urine trouble, obtenue par cathétérisme, contient beaucoup de leucocytes, un peu d'albumine, peu de bactéries. Les jours suivants, il fallut cathétériser constamment la malade, qui était incapable d'uriner. Le cathétérisme était très douloureux et le spasme sphinctérien difficile à vaincre. A l'extrémité de la vulve se forme un ulcère puerpéral. Le 26 mars apparaît une thrombophlébite des deux jambes. Leucocytes : 17.100. Temps de sédimentation d'après Lenzemen : 20'. L'urine est trouble et purulente. Le 5 mai, cystologie : la muqueuse vésicale n'est pas enflammée, mais pigmentée (bleu de méthylène). Au cathétérisme des uretères, il s'écoule, à gauche, une urine très peu abondante, d'un bleu très pâle avec beaucoup de filaments.

Par des lavages du bassin, la température, qui était très élevée, descend à 38°. Le 4 juin : 8.600 leucocytes.

Au niveau des poumons, rien d'anormal.

Le 20 juin, la malade est transportée à la clinique du Professeur Sutter. On met en évidence le B. K. dans les urines. Le 27 juin, on enlève le rein gauche. Le diagnostic anatomo-pathologique était : fibro-caséuse du rein, localisée surtout dans la partie centrale, et pyélite tuberculeuse.

Le 16 juillet, la malade mourut de granulie.

OBS. 15. — Mme N. W..., 23 ans. Accouchement d'un siège en novembre 1924 ; huit jours après survient une fièvre élevée avec frissons et troubles vésicaux. Par cathétérisme des uretères, on obtient, à droite, un peu d'urine claire normale. A gauche, une urine purulente avec traces d'albumine. Une inoculation donne un résultat positif, et le 15 décembre on procède à une néphrectomie gauche. Le diagnostic anatomo-pathologique était : tuberculose rénale avec un peu de pyélonéphrite.

La malade se remet rapidement : en mai 1928, l'urine était normale à l'analyse.

OBS. 16. — Mme E..., 35 ans. Souffre depuis onze à douze jours de catarrhe vésical. En mai 1912, grossesse. Accouchement en juin 1913. Pendant la grossesse, faible augmentation des troubles vésicaux ; par contre aggravation de l'état général, vers la fin surtout ; apparition d'une bronchite avec asthme. Après l'accouchement, température et douleur au niveau du rein gauche. Quelque temps après, la malade est très anémiée, dyspnéique, présentant des symptômes de bronchite.

L'urine est trouble et contient 1/2 ‰ d'albumine, du pus et des B. K. A la cystoscopie, lésions tuberculeuses typiques au niveau de l'uretère gauche. Le rein gauche était tuberculeux. Le rein droit indemne. Après néphrectomie, la malade se remet complètement.

OBS. 17. — Mme P. H..., 27 ans, fait trois grossesses en trois ans. Pendant la dernière survient un catarrhe vésical dont les symptômes deviennent extrêmement intenses vers la fin, trente mictions la nuit, une miction tous les quarts

d'heure le jour. Elles s'accompagnent de fortes douleurs. A l'examen, le 14 février 1914, la vessie apparaît très lésée, ulcérée ; le rein droit est lésé également ; le rein gauche fonctionne normalement.

Après néphrectomie droite, pratiquée le 21 mars 1914, les douleurs diminuent, mais il reste de fréquentes mictions. Une cure de tuberculine, faite plus tard, ne donne aucune amélioration.

OBS. 18. — Mme N..., 30 ans, souffre depuis trois ans de troubles vésicaux avec catarrhe vésical présentant des rémissions. Au troisième mois de sa grossesse, les symptômes rénaux et vésicaux augmentent. A l'examen on trouve une atteinte du rein gauche et de la partie gauche de la vessie.

On interrompt la grossesse en juin 1912 et, en août, néphrectomie. La vésicale guérit. A des examens ultérieurs, la malade se montre complètement guérie.

OBS. 19. — Mme E..., 24 ans. Le 1^{er} août 1917, au quatrième mois d'une première grossesse, souffrant de troubles vésicaux qui existaient déjà avant la gravidité, mais ils avaient considérablement augmenté, surtout les derniers temps, et l'état général s'aggravait. 1 ‰ d'albumine, dans les urines du pus, du B. K. et du colibacille. A la cystologie, vessie normale, rein gauche lésé. Le 10 août, néphrectomie. L'organe enlevé montre des lésions graves sous forme de cavernes multiples. La grossesse continue et, le 11 février 1918, la malade accouche. En février 1919, la malade fait un deuxième accouchement après grossesse, au cours de laquelle elle avait fait une pneumonie grippale. Plus tard elle guérit complètement. En 1927, les urines sont normales.

OBS. 20. — Mme S..., 22 ans. Souffre, en 1912, de troubles vésicaux. Ceux-ci s'aggravent au cours d'une grossesse. En décembre 1912, accouchement normal, mais trois semaines après apparaissent de la fièvre, des frissons, de l'anorexie, des sueurs nocturnes. A l'examen, en février 1913, on trouve une femme pâle, faible, amaigrie. Les urines sont troubles, contiennent 1 ‰ d'albumine, beaucoup de pus, des B. K. et des colibacilles. A la cystoscopie, le rein gauche est trouvé malade et l'organe très augmenté fut enlevé. Lésions caséuses

avec caverne centrale. Amélioration rapide, mais l'infection colibacillaire persiste, nécessitant, au moment d'une nouvelle grossesse, l'interruption, où l'on pratique également la stérilisation des trompes. En 1923, la malade fut opérée, sans suites graves, d'une appendicite perforée.

OBS. 21. — Mme S..., 31 ans. Souffre de la vessie depuis huit ans. A eu déjà deux accouchements normaux datant de quatre ans et deux ans. En février 1914, grossesse de deux mois ; elle vient se faire examiner. On trouve une tuberculose étendue du rein gauche et de la partie gauche de la vessie. Le rein droit n'est pas lésé au point de vue fonctionnel, mais son urine contient du pus et du colibacille en abondance. La pyélite continue et comme la femme semble peu résistante on interrompt la grossesse le 30 février 1914 et, dans la même séance, on enlève le rein. La femme se remet bien, l'infection colibacillaire continue et, en 1915, on interrompt une nouvelle grossesse, suivie de stérilisation des trompes. En 1921, l'état général est bon, mais la colibacillurie persiste. En 1928, même résultat à l'examen, mais la tension artérielle fut trouvée augmentée et fait supposer un processus atrophique dans le rein restant.

OBS. 22. — Mme E..., 28 ans. En 1905, accouchement ; deux mois et demi après, fortes hémorragies rénales et quelques petits troubles vésicaux ; B. K. dans les urines. En mars 1905, néphrectomie droite. Dans l'organe enlevé, à côté de foyers osseux, on trouve dans le pôle supérieur une lésion ulcéreuse de toute la papille avec participation du bassin et de l'uretère. Par contre, vessie normale. En 1908, guérison complète vérifiée par analyse et cystoscopie. En 1910, nouvelle grossesse. Accouchement normal, mais, après celui-ci, apparition d'une cystite à colibacille. Celle-ci guérit par des lavages, mais il reste une albuminurie à 1/4 ‰. En juillet 1911, la cystite récidive et on trouve de nombreux colibacilles dans les urines. Elle guérit de nouveau et, en août, plus de colibacilles. En décembre 1912 l'examen révèle du B. K. et l'atteinte du rein restant. En 1913 s'ajoute une infection secondaire grave et, en 1915, la mort survient dans des phénomènes d'urémie.

OBS. 23. — *Thèse Dubois*, Paris, 1926.

Mme F..., 25 ans, primipare. En avril 1922, se plaint de cystalgie ayant débuté quelque temps avant sa grossesse, de douleurs lombaires par crises, avec vomissements. Elle est enceinte de six mois ; son état général est très déficient.

Le diagnostic est facilement fait, les urines purulentes contiennent du B. K. à l'examen direct.

Le diagnostic de côté est impossible à faire, la vessie étant inexplorable.

Avortement en mai, mort du fœtus cinq jours après. Il est suivi d'améliorations vésicales. Ultérieurement on reconnaît une tuberculose rénale gauche.

Néphrectomie en mai 1922.

En juillet 1925, nouvelle grossesse ; l'évolution est normale, pas de signes urinaires. Accouchement normal d'un enfant bien portant.

OBS. 24. — *Thèse de Villemin*, Nancy, 1926.

Mme X..., 22 ans, enceinte trois mois après son mariage ; rien dans ses antécédents personnels et héréditaires. Un mois avant son mariage, se plaint de fatigue, d'amaigrissement ; les urines deviennent troubles. Huit à dix jours après son mariage, accidents douloureux vésicaux, cystite, pollakiurie ; pas d'hématurie. On pose le diagnostic de cystite d'origine génitale. Instillations de nitrate d'argent ; pas de résultat.

L'examen histobactériologique des urines montre alors la présence de B. K. La séparation des urines, une localisation gauche, avec diminution de la concentration uréique.

Néphrectomie le 15 juillet 1926. Suites opératoires normales ; la grossesse est normale jusqu'au septième mois, sans troubles urinaires.

Accouchement prématuré avec présentation de l'épaule et procidence du cordon. Mort de l'enfant. L'accident paraît sans rapport avec l'intervention.

OBS. 25. — Mme X..., 28 ans, primipare ; rien dans les antécédents ; une crise d'appendicite en avril 1925.

A remarqué parfois des urines troubles ; en 1926, début de grossesse (D. R. 1^{er} ou 5 mars 1926).

Au 15 septembre, douleurs lombaires, température, pyurie, amaigrissement. On pose le diagnostic de pyélonéphrite.

En octobre 1926, entrée à la maternité de Nancy ; mauvais état général, fièvre, douleurs lombaires, dysurie, pollakiurie ; pas d'hématurie ; utérus de grossesse normale, de six mois et demi environ ; douleur au palper de la fosse lombaire droite ; les urines sont diminuées, purulentes, contenant de nombreux pyocytes.

Au sixième jour, aggravation ; la température est à 39° ; le pouls à 160 ; oligurie à 150 centimètres cubes.

Avortement provoqué : fœtus de 1 kg. 500, placenta 300 gr. Sédation passagère, augmentation des urines, mais, le 3 juin, la température et le pouls remontent.

Examen cystoscopique qui montre :

Lésion vésicale péri-méatique droite.

Séparation d'urines. Diminution très nette de la concentration uréique du rein droit, avec présence de B. K.

Le 30 octobre, néphrectomie droite ; grosse pyonéphrose tuberculeuse.

Le 7 novembre, la température remonte, l'état général s'aggrave, la mort survient le 10.

Conclusions

I. — La coexistence de la tuberculose rénale et de la gestation, quoique rare, ne doit pas être considérée comme exceptionnelle, la pauvreté du tableau clinique au moins au début, la fréquence des troubles urinaires chez la femme enceinte, font que trop souvent le diagnostic reste longtemps méconnu.

II. — L'action aggravante de la gestation sur la marche de la lésion rénale est manifeste dans la majorité des cas ; cette aggravation relève de divers facteurs locaux et généraux (état anatomo-physiologique des voies urinaires au cours de la gestation, surinfection, anergie gravidique).

III. — *Le début clinique* de la tuberculose rénale peut se manifester à toutes les périodes de la grossesse. Dans plus de la moitié des cas, cependant, c'est dès les premiers mois qu'apparaissent les troubles fonctionnels urinaires (souvent simple exagération de symptômes, restés jusqu'alors minimes, témoignant d'une lésion latente ou peu évolutive réveillée par la gestation).

Cependant ce début peut être retardé jusqu'aux derniers mois de la gestation, il peut même survenir seulement au cours du post partum.

L'évolution des lésions rénales semble particulièrement active au cours des derniers mois, comme en té-

moignent les constatations opératoires (destruction massive du tissu rénal, volumineuse poche pyonéphrotique, etc...).

IV. — La grossesse ne modifie pas dans l'ensemble les symptômes propres à la tuberculose rénale. Les troubles urinaires restent les premiers en date, les plus fréquents ; les hématuries sont exceptionnelles, contrairement à l'opinion classique.

L'examen des urines doit comporter la recherche systématique du B. K. Le diagnostic de localisation, les indications opératoires sont fournies par les examens spéciaux qui ne présentent pas de difficultés spéciales, dans la majorité des cas, du fait de la grossesse.

V. — Tout trouble urinaire persistant doit, chez la femme enceinte, faire soupçonner et rechercher une lésion rénale, sans que ces troubles soient, du fait même de la grossesse, rattachés simplement à une pyélonéphrite colibacillaire banale.

Certaines observations paraissant montrer la possibilité de lésion tuberculeuse évoluant sur un rein infecté par le colibacille, il importe de répéter les examens, en particulier la recherche du B. K.

VI. — Le néphrectomie doit être pratiquée systématiquement dans les cas reconnus au cours de la première moitié de la gestation.

Plus tardivement, la conduite à tenir dépend de l'allure évolutive, de l'état général si, dans quelques cas vus tardivement, les conditions les meilleures, la stabilisation de la lésion permettent d'attendre le terme naturel de la gestation, souvent on aura avantage à abrégé cette attente en pratiquant un accouchement prématuré provoqué.

Cette pratique permettant une néphrectomie plus

précoce, mettrait à l'abri des poussées et accidents fréquents à la fin de la gestation.

Elle reste conditionnée toutefois par la viabilité de l'enfant ; l'interruption de grossesse, hormis ce cas, doit rester exceptionnelle et être commandée seulement par un danger vital immédiat.

Vu :

LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :

LE PRÉSIDENT,
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLETY.

Bibliographie

- ANDRÉ. — Néphrectomie pour tuberculose rénale chez une femme enceinte de trois mois. (*Bull. Soc. Obst. et Gynécol.*, février 1927.)
Archives urologiques de Necker, t. VII, fasc. 2.
- BLEGNÉ. — L'avenir des femmes néphrectomisées. (*Thèse*, Paris, 1910.)
- BRINDEAU, DE BEAUFOND, CARTIER, PONGIN. — Passage transplacentaire du sinus tuberculeux dans la tuberculose rénale chez la femme enceinte. (*Bull. Acad. Méd.*, mars 1930.)
- BROTHIER. — *Thèse*, Paris, 1911.
- CHABANIER, LAGNIÈRE et CHEVALIER (L.). — Pyonéphrose post-granulique à colibacilles avec lésions pseudo-tuberculeuses. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, février 1927.)
- DOZSA (E.). — Tuberculose rénale et grossesse. (*Zeits f. Urol. chir.*, 1928.)
- DEMELIN-DEVRAIGNE.
- DUBOIS (G.). — *Thèse*, Paris, 1926.
- DUPONT (R.) et MISRACHI (V.). — Quelques erreurs de diagnostic dans la polynéphrite granidique. (*Bull. Soc. Obst. et Gynécol.*, juillet 1931.)
- FABRE. — Pyonéphrose tuberculeuse au cours de la grossesse. (*Thèse*, Paris, 1911.)
- FAVREAU et QUENIOUX. — *Presse Médicale*, 1923.
- FRUHINSHOLZ et ANDRÉ. — Tuberculose rénale et gestation. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, février 1927.)
- LACOMME. — A propos des pyélonéphrites dites granidiques. (*La Médecine*, avril 1932.)
- MARION. — *Traité d'urologie*.
- MARX (H.). — *Beit z. Klin. der Tuberkulose*, 1929.
- PAPIN. — Diagnostic de la tuberculose rénale. (*In Pratique Médicale illustrée.*)

- PUGH (W.). — Kidneys tuberculosis effects of pregnancy.
(*Ann. Surg.*, octobre 1927.)
- RAVINA (J.). — Tuberculose rénale et grossesse. (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, décembre 1931.)
- VALLOIS et COLL DE CORRERA. — *Art. Méd.*, n° 28.
- VERLIAC. — Pyélonéphrite et tuberculose rénale. (*Journal d'Urologie*, mars 1931.)
- WILLEMIN. — *Thèse*, Nancy, 1927.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	11
Généralités	13
Symptômes et évolution	18
Diagnostic	25
Traitement	33
Observations	38
Conclusions	59
Bibliographie	62

1883

